

# Autorización para usar y divulgar información médica



## **Aviso para el afiliado:**

- Completar este formulario le permitirá a Sunshine Health (i) usar su información médica para un propósito en particular y/o (ii) compartir su información médica con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios con Sunshine Health no cambiarán si no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para anularlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta hoja. Se le puede proporcionar un formulario de anulación si llama a servicios al afiliado.
- Sunshine Health no puede asegurar que la persona o grupo con el que usted nos permite compartir su información médica no la compartirá con otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Llene toda la información de este formulario. Cuando termine, envíelo por correo a la dirección que se encuentra en la parte inferior de la primera página.

## **INFORMACIÓN DEL AFILIADO:**

Nombre del afiliado (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Sunshine Health a usar mi información médica para el propósito identificado o para compartir mi información médica con la persona o grupo que se nombra debajo. El propósito de la autorización es:**

- permitirle a Sunshine Health ayudarme con mis beneficios y servicios, o
- permitirle a Sunshine Health usar o compartir mi información médica para \_\_\_\_\_

## **PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (agregar personas o grupos adicionales en la página 2):**

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## **AUTORIZO A SUNSHINE HEALTH A USAR O COMPARTIR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:**

- Toda mi información de salud INCLUIDA:** información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos recetados, y datos y registros de drogas y alcohol (por favor especifique cualquier información sobre trastornos por uso de sustancias que se pueda divulgar), **O**
- Toda mi información médica EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):**
  - Información, servicios o pruebas genéticas
  - Datos y registros de VIH/SIDA
  - Datos y registros de drogas y alcohol
  - Datos y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
  - Datos y registros de medicamentos recetados
  - Otra: \_\_\_\_\_

**Fecha límite de la autorización:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha en que finaliza la autorización a menos que se cancele)

**Firma del afiliado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Firma del afiliado o representante aquí)

**Relación con el afiliado:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante personal del afiliado, envíenos copias de los formularios respectivos (como poder notarial u orden de tutela).

### PERSONAS O ENTIDADES ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN

*NOTA: Si usted está consintiendo divulgar cualquier registro de trastornos por uso de sustancias a un receptor que no sea ni un tercero pagador ni un proveedor de atención de la salud, centro o programa donde recibe servicios de un proveedor tratante, como un intercambio de seguro de salud o una institución de investigación (de aquí en adelante la "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona con quien o la entidad en la cual recibe servicios de un proveedor tratante de esa entidad receptora, o simplemente declarar que sus registros de trastornos por uso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros de esa entidad receptora.*

*Nombre (persona o entidad):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_ *Teléfono: ( ) -* \_\_\_\_\_

*Nombre (persona o entidad):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_ *Teléfono: ( ) -* \_\_\_\_\_

*Nombre (persona o entidad):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_ *Teléfono: ( ) -* \_\_\_\_\_

*Nombre (persona o entidad):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_ *Teléfono: ( ) -* \_\_\_\_\_

*Nombre (persona o entidad):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_ *Teléfono: ( ) -* \_\_\_\_\_

*Nombre (persona o entidad):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_ *Teléfono: ( ) -* \_\_\_\_\_

*Nombre (persona o entidad):* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_ *Teléfono: ( ) -* \_\_\_\_\_

Enviar por correo a: Sunshine Health  
Atención: Oficial de privacidad de Allwell  
1301 International Parkway, Suite 400, Sunrise, Florida 33323  
Teléfono: 1-877-935-8022 (TTY:711)